



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD 2 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

NIÑEZ TEMPRANA: 2 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR:	FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) come una variedad de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) puede apilar bloques.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) se tranquiliza en la cama y duerme bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) dice frases de 2 o 3 palabras.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) puede patear una pelota.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi niño(a) está mostrando interés en usar el retrete.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE HEIGHT CM/IN. PERCENTILE HEAD CIR. PERCENTILE

Review of systems Review of family history

Screening: N A

Hearing _____

Vision _____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication
Gross Motor	Social/Emotional Fine Motor
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____

Physical:	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes Cover/Uncover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments.

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record Lead Exposure

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Hct/Hgb _____ TB Dental Referral

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition Toilet Training Safety

Development Car Seat or Booster Seat TV Habits

Passive Smoking Discipline/Limits Teeth Care

Child Care

Other: _____

Assessment/Plan: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (2 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visits day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Pneumococcal Screen

Screen children for these risk factors:

- Age 2 and over with chronic illnesses specifically associated with pneumococcal disease or its complications; anatomic or functional aspenia; sickle cell disease; nephritic syndrome or chronic renal failure; cerebrospinal fluid leaks; or conditions associated with immunosuppression.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Kicks ball forward.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Removes article of clothing (not hat).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Combines 2 words.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses own name to refer to self. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vocabulary of more than 50 words.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Strangers understand half child's speech. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Understands a two-step verbal command ("Pick up the toy; put it away") without gestures.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 6 named body parts (nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 4 blocks. |

- Persistent rocking, hand flapping, head banging, or toe walking.
- No spontaneous two word (not echolalic) phrases.
- Any loss of any language or social skills.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on **any two items**, *even one* of the underlined items, or any of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ TEMPRANA: 2 AÑOS

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS
(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

NIÑEZ TEMPRANA: 2 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR:	FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:

<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) come una variedad de alimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) se tranquiliza en la cama y duerme bien.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede patear una pelota.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede apilar bloques.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) dice frases de 2 o 3 palabras.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño(a) está mostrando interés en usar el retrete.</p>
---	---

PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	CIR. DE LA CABEZA PORCENTAJE
-------------------------	--------------------------	------------------------------

Revisión de los sistemas Revisión del historial familiar

Exploración:

	N	A	
Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Desarrollo: Marque el área de preocupación

Adaptación/Cognitiva	Lenguaje/Comunicación
Habilidad motora general	Social/Emocional Habilidad motora específica
Comportamiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Salud Mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Físico:

	N	A		N	A
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos (cubiertos/ descubiertos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa anomalías encontradas y comentarios.

Alimentación _____

Eliminación _____

Sueño _____

Revisión del historial de inmunizaciones Exposición al plomo

Suplementos de Fluoruro Barniz de fluoruro

Hct/Hgb _____ TB (Tuberculosis) Derivación odontológica

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición Aprendizaje del uso del retrete Seguridad

Desarrollo Asiento de refuerzo o cinturón de seguridad Hábitos sobre la TV

Fumador pasivo Disciplina/Límites Cuidado dental

Cuidado de niños

Otro: _____

Evaluación/Plan: _____

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

PRÓXIMA VISITA: 3 AÑOS DE EDAD	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD
FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

NIÑEZ TEMPRANA: 2 AÑOS

La salud de su niño(a) a los 2 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 2 y 3 años de edad.

Salta en el mismo lugar.

Pedalea un triciclo.

Habla en frases de tres a cuatro palabras.

Come y se viste solo.

Puede dibujar una cruz y un círculo con crayones.

Juega "a pretender" con muñecas y animales de peluche.

Ayuda a su niño a aprender nuevas aptitudes al jugar con él/ella.

Para ayuda o más información

Información sobre seguridad para guardar armas: 1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

Cuidado de niños: Recurso de cuidado de niños del Estado de Washington/ Red de derivaciones, 1-800-446-1114

Prevención contra envenenamiento: Centro de envenenamiento del Estado de Washington, 1-800-732-6985 ó 1-800-572-0638 (TTY Servicio de Retransmisión)

Para ayuda si siente frustración con su niño(a): Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Líneas locales para crisis.

Habilidades o apoyo para la crianza: Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

Consejos de salud

¿Están al día las inmunizaciones de su niño(a)? Si es así, no necesitará ninguna otra hasta antes de ingresar a kindergarten.

Ofrezca a su niño(a) una variedad de comidas nutritivas diariamente. Limite la comida chatarra (Junk foods). Coman juntos en familia tanto como sea posible. Apaguen el televisor cuando coman juntos.

Cepille los dientes de su niño(a) al menos una vez por día usando una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Asegúrese de llevarlo(a) a los exámenes dentales al menos una vez al año.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Pregunte a su niño(a) acerca de lo que está haciendo. Lean juntos libros con dibujos y conversen sobre las figuras.

Ayude a su niño(a) a disfrutar de las actividades de juego como tirar la pelota, jugar a perseguirse y a la escondida. Proporcíonele juguetes simples con qué jugar, como bloques, crayones, papel y muñecos de peluche.

Podría querer enseñarle a su niño(a) a usar el retrete pronto, pero no estará preparado(a) hasta la edad de 3. Usted sabrá que está listo(a) cuando esté seco(a) después de dormir y cuando le avise que quiere usar el baño.

Limite la televisión a 1 hora o menos para los niños. Mire televisión con ellos y hable acerca de los programas.

Consejos de seguridad

- Mantenga los elementos de limpieza y medicamentos fuera de alcance.
- Siempre tome de la mano a su niño(a) cuando camine cerca del tráfico, como así también en los estacionamientos. Mire detrás de su auto antes de retroceder, en caso de que un niño esté detrás.
- Si tiene armas en casa, guárdelas siempre en un lugar seguro. Consérvelas descargadas y bajo llave.
- Coloque a su niño(a) un chaleco salvavidas siempre que esté cerca del agua o en un bote. Siempre vigílelo(a) cuando esté cerca del agua.
- Mantenga fósforos y encendedores lejos del alcance.